

Soziale Merkmale steriler Frauen

von

Wulf Uekermann

aus

Bielefeld

1972 № 527



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546317_0088

Aus der Frauenklinik
der Universität Erlangen-Nürnberg
Direktor: Professor Dr. med. K. G. Ober

Soziale Merkmale steriler Frauen

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt

von

Wulf Uekermann

aus

Bielefeld

Gedruckt mit der Erlaubnis der Medizinischen Fakultät
der Universität Erlangen-Nürnberg



Dekan: Prof. Dr. G. Koch
Referent: Priv. Doz. Dr. H.K. Pauli
Coreferent: Prof. Dr. K.G. Ober
Tag der mündlichen Prüfung: 31.7.1972

Inhaltsverzeichnis

A) Einleitung

1. Begriff der medizinischen Soziologie
2. Definitionen zum Begriff der Medizinsoziologie
3. Fragestellung der Arbeit

B) Methodik

- 1.0. Gewinnung des Ausgangsmaterials
 - 1.1. Die Auswahl der Befragten
 - 1.2. Der Fragebogen
 - 1.3. Das Interview
- 2.0. Datenerfassung
 - 2.1. Erfassen der sozialen Merkmale
- 3.0. Statistische Berechnung
 - 3.1. Die Tabellierung

C) Literaturübersicht

D) Hauptteil

Soziale Merkmale steriler Frauen: Ergebnisse

E) Zusammenfassung der Ergebnisse

F) Anhang

- 1.0 Tabellen
- 2.0. Literaturnachweis

A) Einleitung

1. Begriff der medizinischen Soziologie

Die Spezialdisziplin Medizin-Soziologie hat in den vergangenen Jahren immer größere Bedeutung erlangt. Sie ist eine junge Wissenschaft, die vorurteillos versucht, "soziale Theoreme und Hypothesen im Bereich der Medizin anzuwenden" (Tönnemann, 1960). Sie erforscht alle Verbindungen, die zwischen den verschiedenen Gegenständen der Medizin und denen der Soziologie und Sozialpsychologie bestehen. Sie bedient sich moderner soziologischer, statistischer und datenverarbeitender Methoden, um Zusammenhänge zwischen Krankheiten und Sozialem sowie Vorstellungen und Verhalten kranker Menschen zu untersuchen" (Pfanz).

Besonders in der Gynäkologie war seit jeher das Interesse an den Wechselbeziehungen zwischen sozialen Faktoren und bestimmten Krankheiten sehr rege. Es ist deshalb nicht verwunderlich, daß einige der soziologisch am genauesten erforschten Krankheitsbilder diesem Fachgebiet angehören.

2. Definitionen zum Begriff der Medizinsoziologie und Begriffen aus der Gynäkologie

Sozial: Ist der allgemeine Oberbegriff, der alles umfaßt, was mit zwischenmenschlichen Verbindungen und gesellschaftlichen Verhältnissen zusammenhängt.

Soziologisch: Wird alles Soziale genannt, das einer systematischen wissenschaftlichen Analyse unterzogen werden kann. Das Soziologisch bezieht sich primär immer auf Gruppen, auf Sozietäten oder Institutionen und nicht primär auf Individuen.

Sozietät: Ist jeder Zusammenschluß von Menschen, der von anderen Formen des Zusammenschlusses abgegrenzt werden kann. Eine Gruppe ist eine kleinste Sozietät, die unter einem leitenden Gesichtspunkt zusammengeschlossen ist.

Sozialpsychologie: Bezeichnet alle Beziehungen, in denen der Mensch zu einer Sozietät steht. Im Gegensatz zum Soziologischen geht das Sozialpsychologische vom Individuum aus.

Medizinische Soziologie: Schließt in den Begriff des "Sozialen", wie ihn die heutige Soziologie benutzt, weitmehr ein, nämlich die gesamten zwischenmenschlichen Beziehungen und Strukturformen in wissenschaftlicher Betrachtung.

Korrelation: Kennzeichnet ganz allgemein eine statistische Beziehung. (Pflanz)

Sterilität: Bedeutet ungewollte Kinderlosigkeit. Wenn ein gesundes Ehepaar zwei Jahre lang verheiratet ist und das erwünschte Kind ausbleibt, so spricht man von steriler Ehe.
Sterilität der Frau bedeutet Impotentia concipiendi = Unfähigkeit zu konzipieren, d.h. befruchtet = schwanger zu werden.

Infertilität: Der Begriff Sterilität ist nicht gleichbedeutend mit dem der Infertilität.
Infertilität der Frau bedeutet Impotentia generandi = Unfähigkeit eine Schwangerschaft bis zu einem lebensfähigen Kinde auszutragen.

Abortus=

Fehlgeburt: Unter einer Fehlgeburt (Abortus) verstehen wir den vorzeitigen Abbruch der Schwangerschaft innerhalb der ersten 28 Wochen (= 1. - 7. Schwangerschaftsmonat). Der Fötus ist im 7. Monat 34 cm und außerhalb der Gebärmutter gewöhnlich noch nicht lebensfähig.
(Pschyrembel)

3. Fragestellung der Arbeit

Zur Zeit wird an der Frauenklinik der Universität Erlangen ein umfangreiches Forschungsprogramm über Zusammenhänge zwischen sozialen Faktoren und gynäkologischen Erkrankungen durchgeführt. Dies erfolgt in Zusammenarbeit mit dem Institut für vergleichende Sozialforschung (Dir. Prof. Dr. E. K. Scheuch) und dem Forschungsinstitut für Soziologie (Dir. Prof. Dr. R. König) in Köln. Die Untersuchung begann am 15. Juni 1966 und ist bis zum 31. Dezember 1970 geplant. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft unterstützt die Untersuchung finanziell.

Im Rahmen dieser übergeordneten Untersuchung steht auch die vorliegende Arbeit. Es sollen soziale Unterschiede zwischen sterilen und fruchtbaren Frauen untersucht werden, und es soll empirisch überprüft werden, ob sich Korrelationen zwischen sozialen und medizinischen Daten nachweisen lassen.

B) Methodik

1.0. Gewinnung des Ausgangsmaterials

Die vorliegenden Daten stammen aus Interviews von 4936 Patientinnen der gynäkologischen Abteilung der Universitäts-Frauenklinik Erlangen. Diese Patientinnen wurden von einem Interviewerteam befragt, das sich aus Studierenden der Medizin, die an dieser Klinik promovieren wollten, zusammensetzte.

1.1. Die Auswahl der Befragten

Zunächst war eine Vollerhebung geplant. Jede zur stationären Behandlung angemeldete Patientin sollte interviewt werden. Dies konnte dann aber doch nicht durchgeführt werden. Es wurden Ausländerinnen, Geisteskranke, stumme oder gehörlose Frauen, Klinikpersonal, Schwerstkranke und Patientinnen, die in andere Kliniken verlegt werden mußten, bevor sie interviewt werden konnten und Verweigerinnen von der Befragung ausgenommen. Verweigerungen gab es nur sehr selten.

Jedes Interview wurde auf einer Karteikarte notiert; damit wurden Wiederholungen vermieden.

1.2. Der Fragebogen

Der Fragebogen ist ein wichtiges Forschungsinstrument in der Sozialforschung. Zusammen mit den oben genannten soziologischen Institutionen wurde ein standardisierter gynäkologischer Fragebogen, bestehend aus 111 Fragen, entwickelt. Die Fragen sind zum Teil halboffen, Alternativfragen, Auswahlfragen und Skalenfragen.

Die sozialen Faktoren und die Diagnosen, die Größe, das Gewicht und der Blutdruck jeder Patientin werden registriert und durch Zahlen verschlüsselt.

1.3. Das Interview

Das Interview ist das quantitativ wichtigste und praktischste Verfahren in der Sozialforschung. Wie schon erwähnt, wurden als Interviewer Studierende der Medizin eingesetzt. Um jede Voreingenommenheit beim Interview zu vermeiden, erhielten diese die Themen ihrer Doktorarbeiten erst nach Beendigung der Interviewertätigkeit.

Die Interviewer traten den Patientinnen gegenüber als Ärzte auf, weil durch das größere Autoritätsgefälle Widerstände und Schwierigkeiten, die besonders die Bereitschaft zum Interview betrafen, vermieden werden konnten oder leichter zu beseitigen waren. Auf diese Weise konnte die Zuverlässigkeit der Aussagen vergrößert werden.

Weil das Verhalten der Interviewer von entscheidender Bedeutung für den Wert der Untersuchungsergebnisse ist, wurden die Interviewer zu Beginn ihrer Tätigkeit vom Forschungsleiter auf ihre Aufgabe vorbereitet. Sie wurden angewiesen, sich bei der Befragung neutral zu verhalten, nicht verstandene Fragen zu wiederholen, ohne sie aber zu interpretieren, die Patientinnen stets ohne Gegenwart Dritter zu interviewen und sich an die vorgeschriebene Reihenfolge der Fragen und den genauen Wortlaut derselben zu halten. Die Dauer eines Interviews betrug etwa 30 bis 40 Minuten. Es erfolgte in einfacher Umgangssprache.

2.0. Datenerfassung

Alle Daten des Fragebogens wurden nach dem gleichen

System festgehalten. Die erhaltenen Antworten wurden in Form von Kodeziffern in die zu jeder Frage gehörenden Kästchen eingetragen. Diese stellen die Spalten der als Datenträger benutzten IBM-Lochkarten dar. Das Ablochen erfolgte in der Dokumentationsabteilung der Frauenklinik mit einer Lochmaschine. Die Informationen wurden anschließend von den Lochkarten auf Magnetbänder übertragen.

Die Auswertung der Daten erfolgte am Rechenzentrum der Universität Erlangen. Das Programm für die elektronische Verarbeitung ist in der Programmsprache "Fortran IV" geschrieben. Es wurde durch die Firma Siemens A.G., Erlangen, erstellt.

2.1. Erfassen der sozialen Merkmale

Familienstand: Ledig, verheiratet.

In der Spalte "ledig" wurden zusammengefaßt: ledige, verlobte, verwitwete, geschiedene und getrennt lebende Befragte.

Wohnort: Dorf bis 10.000, Kleinstadt bis 50.000, Mittelstadt bis 100.000, Großstadt ab 100.000 Einwohner.

Schulbildung: Volksschule, Oberschule bis Mittlere Reife, mehr als Mittlere Reife und Fach- und Hochschulausbildung.

Berufstätigkeit: Nicht berufstätig, berufstätig.

Einkommen: bis DM 749.--,

DM 750.-- bis 1.049.--

DM 1050.-- und mehr.

Sozialschicht: Zur Berechnung der Sozialschicht wurden die Berufe, die Schulbildung und das Einkommen bewertet. Dabei wurde das vom Kölner Institut für vergleichende Sozialforschung (Dir.Prof.Dr. E.K.Scheuch)

entwickelte Verfahren angewendet (24). Bei verheirateten Frauen dienten das Nettoeinkommen, die Schulbildung und der Beruf des Ehemannes als Grundlage ; bei ledigen Patientinnen mit eigenem Haushalt ihr Nettoeinkommen, ihre Schulausbildung und ihr Beruf. Nicht verheiratete Frauen wurden der Schicht des Vaters zugeordnet, wenn sie bei den Eltern lebten. Verheiratet gewesene Frauen kamen in die Schicht des früheren Ehemannes. Fehlte die Angabe zu einem der Kriterien, so entfiel die Schichteinstufung. Die von soziologischer Seite ermittelten sechs Schichten (untere und obere Unterschicht, untere und mittlere Mittelschicht, obere Mittelschicht und Oberschicht) wurden zu drei Schichten (Unterschicht, Mittelschicht, Oberschicht) zusammengefaßt, damit jede Schicht zahlenmäßig ausreichend besetzt ist. Dies ist besonders dann von Nutzen, wenn es Unterschiede festzustellen gilt. Sie sind eher erkennbar, wenn Personen zusammengefaßt werden, die sich nicht oder nur wenig voneinander, umso deutlicher aber von anderen unterscheiden.

Die Einteilung erfolgt deshalb folgendermaßen:

"Unterschicht" : untere und obere Unterschicht

"Mittelschicht": untere und mittlere Mittelschicht

"Oberschicht" : obere Mittelschicht und Oberschicht

3.0. Statistische Berechnung

Signifikanzberechnungen sind nach der Methodenlehre der Statistik nur dann notwendig, wenn von Stichproben auf Gesamtheiten Rückschlüsse gezogen werden sollen. Bei einer Vollerhebung, wie sie hier vorliegt, sind sie eigentlich nicht angebracht. Es wurde aber trotzdem eine Signifikanzberechnung vorgenommen, da die durchgeführte Erhebung als eine Stichprobe der

Klinikpopulation für die nächsten Jahre betrachtet werden kann, denn es ist nicht anzunehmen, daß eine wesentliche soziale Umschichtung in den kommenden Jahren erfolgt.

Als Signifikanztest wurde die Chi-Quadrat-Methode (χ^2) nach Pearson benutzt. Sie dient dazu, die Nullhypothese zu testen. Diese sagt aus, daß K unabhängige Stichprobenhäufigkeiten aus derselben Grundgesamtheit stammen oder daß K Stichproben sich nicht voneinander unterscheiden.

Um die Methode anzuwenden, muß man zuerst die Häufigkeiten in einer Mehrfeldertabelle anordnen. Die Prüfung der Nullhypothese erfolgt nach folgender Formel:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(B_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

B_{ij} = Beobachtungswert = beobachtete Anzahl von Fällen, kategorisiert in Reihe i und Spalte j.

E_{ij} = Erwartungswert = Anzahl der erwarteten Fälle unter der Voraussetzung, daß die Nullhypothese zutrifft, kategorisiert in Reihe i und Spalte j.

$\sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s$ bedeutet, daß man über allen Reihen (r) und allen Spalten (s), das heißt, über alle Tabellenfelder summieren muß.

Der Erwartungswert wird errechnet, indem man die beiden zu einem Tabellenfeld gehörenden Randsummen (die Randsumme der entsprechenden Spalte und die Randsumme der entsprechenden Reihe) multipliziert und das Produkt durch die Gesamtzahl aller in der Tabelle enthaltenen Fälle dividiert. Die Erwartungswerte wurden vom Computer nicht geliefert.

Sie wurden mit einem elektronischen Tischrechner ermittelt. In den Tabellen, in denen keine Signifikanz nachzuweisen war, wurde auf ihre Ermittlung verzichtet.

Für die Ablesung der χ^2 -Werte aus den Tabellen braucht man noch die Zahl der Freiheitsgrade. Diese errechnen sich aus der Formel:

$f = (m - 1) \cdot (r - 1)$, wobei m die Anzahl der Merkmalsklassen und r die der Reihen der entsprechenden Tabelle ist. Ist der errechnete χ^2 -Wert gleich groß wie oder größer als der aus einer Tabelle ablesbare Wert für ein bestimmtes Signifikanzniveau, dann muß die Nullhypothese auf diesem Niveau abgelehnt werden, es besteht dann also eine statistisch signifikante Korrelation.

Bei der vorliegenden Arbeit wurde eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% angenommen.

χ^2 errechnet $> \chi^2$ Tabelle = Nullhypothese abgelehnt,
signifikante Korrelation

χ^2 errechnet $< \chi^2$ Tabelle = Nullhypothese besteht,
keine signifikante
Korrelation

Bei Verwendung der χ^2 -Methode dürfen die Erwartungswerte (E_{ij}) in jedem Tabellenfeld nicht zu klein sein.

3.1. Die Tabellierung

Die Tabellen sind Mehrfeldertabellen. Die Zahl links oben in jedem Feld ist der Beobachtungswert. Dahinter steht in Klammern die Prozentzahl der spaltenweisen Prozentuierung. Links unten steht der zu den χ^2 -Berechnungen nötige Erwartungswert. Eine möglichst große Differenz dieser beiden absoluten Zahlen (Beobachtungswert und Erwartungswert) deutet auf ein

großes χ^2 und somit auf eine signifikante Beziehung hin.

Rechts unten steht in Klammern die Prozentzahl der reihenweisen Prozentuierung.

Unter jeder Mehrfeldertabelle steht der vom Computer errechnete χ^2 -Wert und der aus der Standardtabelle ablesbare χ^2 -Wert.

C) Literaturübersicht

Nach dem zweiten Weltkrieg hat sich eine Annäherung von Medizin, Sozialpsychologie und Soziologie vollzogen, deren Forschungsergebnisse laufend in der internationalen Fachliteratur erscheinen.

Über das Problem der Sterilität und der sterilen Ehe sind in der gynäkologischen Fachliteratur eine bedeutende Reihe von Untersuchungen und Berichten herausgebracht worden, und solche erscheinen auch noch ständig.

Im folgenden soll ein Überblick über Beiträge zum Thema Sterilität (Fertilität, Infertilität) gegeben werden, die nicht direkt die anatomischen und physiologischen Ursachen behandeln, sondern die in gewisser Beziehung zur Thematik der vorliegenden Arbeit stehen. Literatur über Sterilität und Fruchtbarkeit in direkter Verbindung mit sozialen Faktoren konnte nicht eruiert werden.

Der Holländer A.M.C.M. Schellen untersuchte in Zusammenarbeit mit einem Psychotherapeuten 680 Ehepaare auf psychogene und soziale Faktoren als mögliche Ursache von primärer und sekundärer Sterilität. Dabei wurde festgestellt, daß viele dieser Faktoren signifikant erhöht vorhanden waren, da nur 26% eine in dieser

Hinsicht unbelastete Anamnese aufweisen.

Auch H. de Watteville weist auf Spannungen finanzieller und sozialer Art sowie unharmonische Lebensführung bei sterilen Ehen hin.

J. Okla untersuchte den psychoneurologischen Faktor in der weiblichen Sterilität und stellte fest, daß im untersuchten Kollektiv folgende Faktoren am häufigsten die Ursache psychischer Konfliktsituationen sind:

- 1) Verlust des Kindes nach der Geburt,
- 2) Zerwürfnisse mit der Familie des Ehemannes,
- 3) Schuldgefühl nach kriminellern Abort,
- 4) Angst vor der Krebsvererbung,
- 5) Angst vor angeborenen Vitien beim Kind,
- 6) Angst vor der Geburt und postpartualen Komplikationen,
- 7) Untreue in der Ehe und Alkoholismus des Ehemannes.

Über sexuelle Probleme und Sexualleben in sterilen Ehen berichten die Autoren K. Nedoma, V. Bartak, J. Raboch, R. Dana, I.J. Rommer und Cl.S. Rommer, O. Kolárová und J. Stanicěk.

Der psychologischen Wechselbeziehung zwischen Fertilitätsstörungen und Orgasmusstörungen ist die Arbeit der Autoren G. C. Santoro und J. I. Dubcovsky gewidmet.

Die Beziehungen zwischen Frigidität und Sterilität untersuchten B. Landibar und L. Benzecri an 382 Frauen.

Die Verfasser sind geneigt anzunehmen, daß Fehlen oder Vorhandensein von Libido und Orgasmus keinen sichtbaren Einfluß auf die Fertilität der Frauen besitzen, daß jedoch psychosexuelle Faktoren in verschiedenen Fällen von Bedeutung für die Frage der Fruchtbarkeit sein können.

B. Sandler hat das Verhältnis von Unfruchtbarkeit

und seelischen Erregungsmängeln in einer Analyse von 268 Fällen dargelegt.

Der Amerikaner S.A. Asdell hat nach einem besonderen Verfahren die Beziehung zwischen Intelligenz und Fruchtbarkeit bei 589 Personen untersucht. Er kam zu dem Ergebnis, daß bei den Frauen die Intelligenz oder ihr Fehlen die Fruchtbarkeit nicht in dem Maße beeinflußt wie bei den Männern.

Über die Auswirkungen der weiblichen Berufstätigkeit auf die Fertilität berichtet der Schweizer M. Mall-Haefeli. Er kommt zu dem Schluß, daß es insgesamt gesehen nicht die Berufstätigkeit der Frau als solche ist, die sich ungünstig auf die Fruchtbarkeit der Frau auswirkt, sondern die durch die Berufstätigkeit geschaffene Situation.

D) Hauptteil

Soziale Merkmale steriler Frauen: Ergebnisse

Die Tabellen enthalten im Tabellenkopf das soziale Merkmal, im Tabellenrand die medizinischen Daten. Untersucht wurden drei Gruppen von Frauen:

1. Patientinnen, die wegen Sterilität in der Klinik untersucht oder behandelt wurden,
2. Patientinnen, die zur Zeit des Klinikaufenthaltes schwanger waren und
3. Patientinnen, die wegen einer Fehlgeburt behandelt werden mußten.

Die Gruppen 2 und 3 sind Kontrollgruppen, da sie den deutlichsten Unterschied gegenüber den sterilen Frauen markieren.

Größe des Wohnortes

Bei der Frage nach den sozialen Unterschieden zwischen sterilen und fruchtbaren Frauen wurde als erster Punkt die Größe des Wohnortes der Patientinnen untersucht. Es wurde dabei eine statistisch signifikante Beziehung gefunden.

Augenblicklicher Wohnort

Aus Tabelle 1 ist ersichtlich, daß die meisten sterilen Frauen aus der Großstadt, die wenigsten aus der Mittelstadt kamen.

Die sterilen Frauen aus der Kleinstadt und aus dem Dorf halten sich fast die Waage (12.1% : 13.2%). Von den Frauen aus Kleinstädten waren mehr schwanger als aus den anderen Wohngegenden. Von den Dörf-
lerinnen und Großstädterinnen waren gleich viel schwanger. Die wenigsten graviden Frauen kamen aus der Mittelstadt. Bei den Frauen aus der Großstadt kamen Fehlgeburten am seltensten (51.3%), bei den Patientinnen aus der Mittelstadt am häufigsten (77.3%) vor. Die Signifikanzberechnung zeigt, daß die beschriebenen Unterschiede tatsächlich bestehen.

Längster Wohnort

Bei der Auswertung der Beziehungen von Sterilität und Fruchtbarkeit zu dem Wohnort, an dem die Patientin die längste Zeit gelebt hat (Tabelle 2), entsprechen die Ergebnisse im wesentlichen denen der vorangegangenen Tabelle. Das zeigt, daß es ohne große Bedeutung ist, ob man den Wohnort, in dem die befragte Person gerade lebt, oder in dem sie die längste Zeit ihres Lebens verbrachte, als soziales Merkmal nimmt.

Familienstand

Wie aus Tabelle 3 hervorgeht, waren die meisten der Patientinnen verheiratet (81%). Ledige, verlobte, verwitwete und geschiedene Frauen wurden in einer Gruppe zusammengefaßt. Wenn man den Zusammenhang zwischen Familienstand und Sterilität und Fruchtbarkeit betrachtet, so zeigt sich erwartungsgemäß, daß von den verheirateten Frauen mehr (12.8%) als von den ohne Ehemann lebenden Patientinnen (8.5%) wegen Sterilität in der Klinik waren.

Die verheirateten Frauen waren auch häufiger zur Zeit des Klinikaufenthaltes schwanger. Aborte kamen jedoch bei den alleinstehenden Frauen 10% mehr vor als bei den verheirateten Patientinnen.

Die X^2 -Berechnung ergibt, daß die Nullhypothese abgelehnt werden muß. Das bedeutet, daß die beschriebenen prozentualen Unterschiede zwischen den ledigen und verheirateten Frauen signifikant sind.

Schulbildung

Auch bei der Frage nach der Schulausbildung konnte eine statistisch signifikante Korrelation gefunden werden (Tabellen 4 und 5). Volksschülerinnen waren zu zehn Prozent wegen Sterilität in der Klinik. Von den Frauen mit einer Schulbildung bis zur Mittleren Reife waren 15 Prozent steril. Unter den Patientinnen mit einer über die Mittlere Reife hinausgehenden Schulbildung waren 18 Prozent wegen Sterilität in der Klinik. Daraus läßt sich die Beziehung ablesen: Je höher die Schulbildung der Patientin war, desto größer war die Wahrscheinlichkeit, daß sie wegen Sterilität behandelt oder untersucht wurde.

Bei der Betrachtung der letzten Schulausbildung des Ehemannes (Tabelle 5) zeigt sich, daß nicht die gleiche Beziehung gilt: Je höher die Schulbildung des Ehemannes, desto häufiger Sterilität. Vielmehr findet sich kein Unterschied in der Sterilitätshäufigkeit zwischen Frauen, deren Männer Volksschüler waren, und Patientinnen, deren Ehemänner eine Schulbildung bis zur Mittleren Reife hatten. Frauen, deren Ehemänner mehr als Mittlere Reife hatten, waren am häufigsten wegen Sterilität in der Klinik.

Hingegen gilt folgender Satz für die schwangeren Frauen: Je höher die Schulbildung der Ehemänner, desto häufiger waren die Patientinnen während des Klinikaufenthaltes schwanger, und desto seltener lagen die Frauen wegen eines Abortes in der Klinik.

Berufstätigkeit

In Tabelle 6, bei der Erörterung der Berufstätigkeit der Patientinnen, konnte keine signifikante Korrelation gefunden werden. Es gilt die Nullhypothese. Der aus der Tabelle errechnete χ^2 -Wert beträgt 5.02. Der aus der standardisierten Tabelle abgelesene χ^2 -Wert bei zwei Freiheitsgraden beträgt 5.99. χ^2 err. ist also kleiner als χ^2 -Tab. Das bedeutet, daß die um 4.4 Prozent größere Häufigkeit von Sterilität bei berufstätigen gegenüber nicht berufstätigen Frauen kein signifikanter Unterschied ist.

Monatliches Einkommen

Wie aus Tabelle 7 ersichtlich ist, fanden wir mit einem Anteil von 18.7 Prozent die meisten sterilen Frauen in der Einkommensklasse von DM 1.050.-- und darüber. Auch die Mehrzahl der fruchtbaren

Patientinnen gehörte dieser Gehaltsklasse an (17.8%). Den geringsten Anteil von sowohl sterilen als auch fruchtbaren Patientinnen wies die Einkommensgruppe von DM 750.-- bis DM 1.048.-- auf (sterile Frauen 7.3%, fruchtbare Frauen 14.2%).

Bei einem Einkommen von DM 1.050.-- und darüber fanden wir die wenigsten Patientinnen mit einem Abort (63.5%). Die meisten Patientinnen mit einer Fehlgeburt lagen bei der mittleren Einkommensklasse von DM 750.-- bis DM 1.044.-- (78.5%).

Religionszugehörigkeit

Die Religionszugehörigkeit steht in keiner Beziehung zur Sterilität bzw. Fruchtbarkeit (Tabelle 8) .
 χ^2 err. = 0.04 ist kleiner als χ^2 -Tabelle = 5.88.
Es gilt die Nullhypothese.

Soziale Schicht

Bei der Untersuchung der Sozialschicht (Tabelle 9) stellten wir fest, daß die sterilen Frauen zu 20 Prozent aus der Oberschicht kamen. Die sterilen Frauen aus der Unterschicht und der Mittelschicht halten sich fast die Waage (8% : 9%). Auch von den schwangeren Frauen entstammten die meisten der Oberschicht (18.5%). Zwischen schwangeren Patientinnen aus der Unter- und Mittelschicht besteht keine große prozentuale Spanne (16.4% : 14.9%). Bei den Frauen aus der Oberschicht kamen Fehlgeburten am seltensten (61.6%), bei den Patientinnen aus der Unter- und Mittelschicht fast gleich viel (75.6% : 76.1%) vor. Die Tabelle zeigt, daß die meisten sterilen und schwangeren Frauen, aber auch die wenigsten Patientinnen mit Fehlgeburten, aus der Oberschicht stammen.

Alter beim ersten Geschlechtsverkehr

Tabelle 10 zeigt, daß die meisten Frauen, sowohl sterile als auch fruchtbare, 23 Jahre oder älter waren, als sie zum erstenmal Geschlechtsverkehr hatten. Die wenigsten sterilen Frauen finden wir in der Altersklasse "unter 14 Jahre bis 17 Jahre" (7.2%). Es folgen mit 11.8 Prozent diejenigen sterilen Patientinnen, die im Alter von 18 bis 22 Jahren zum ersten mal kohabitierten. Also gilt: Je später die erste Kohabitation, desto eher Sterilität. Von den Frauen, die mit 14 bis 17 Jahren und mit 18 bis 22 Jahren den ersten Geschlechtsverkehr hatten, waren fast gleich viel schwanger (16.4% : 15.1%).

Die wenigsten Patientinnen mit Fehlgeburten kamen aus der dritten Altersklasse (63.5%). Fehlgeburten waren bei Frauen der ersten Altersklasse häufiger als bei Frauen der zweiten (76.3% : 73.1%). Die Signifikanzberechnung zeigt, daß die beschriebenen Unterschiede tatsächlich bestehen.

Anzahl der Männer, mit denen kohabitiert wurde

Bei der Frage nach der Anzahl der Männer, mit denen die Patientinnen Verkehr hatten (Tabelle 11), konnte zwischen sterilen und fruchtbaren Frauen kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden. Es gilt die Nullhypothese. Der aus der Tabelle errechnete χ^2 -Wert beträgt 3.95. Der aus der standardisierten Tabelle abgelesene χ^2 -Wert bei vier Freiheitsgraden beträgt 9.49. χ^2 err. ist also kleiner als χ^2 -Tabelle.

Empfindungen beim Geschlechtsverkehr

Aus Tabelle 12 geht hervor, daß von allen Patien-

tinnen, die ihre Empfindungen beim Geschlechtsverkehr als unangenehm oder aber als angenehm angaben, gleich viel steril waren (11.1% : 11.9%). Die wenigsten sterilen Frauen waren unter den Patientinnen zu finden, denen der Verkehr gleichgültig war.

Den meisten schwangeren Frauen war der Geschlechtsverkehr gleichgültig (18.1%). Angenehm empfanden ihn 15.7 Prozent, unangenehm nur 3.2 Prozent der Frauen. Die meisten Patientinnen, die wegen einer Fehlgeburt in der Klinik waren, bezeichneten den Verkehr als unangenehm (85.7%). Danach kamen die Frauen, deren Einstellung gleichgültig war (74.7%); den wenigsten Frauen mit einem Abort war der Geschlechtsverkehr angenehm.

Besitz eines Gesundheitslexikons

Der Besitz eines Gesundheitslexikons oder ähnlichen Buches hat keinen signifikanten Zusammenhang bei der Korrelation mit sterilen und fruchtbaren Frauen ergeben (Tabelle 13).

Frauenarzt oder -ärztin ?

Sowohl bei sterilen als auch bei fruchtbaren Patientinnen besteht kein Unterschied in Bezug auf die Bevorzugung eines Gynäkologen (Tabelle 14). Wie in Tabelle 13 gilt auch hier die Nullhypothese.

Kontrolluntersuchungen durch einen Gynäkologen

Gynäkologische Kontrolluntersuchungen sind bei der überwiegenden Mehrzahl sowohl der sterilen als auch der fruchtbaren Patientinnen noch nie oder nur ein- bis zweimal durchgeführt worden (Tabelle 15). Von den Frauen, die öfter und regelmäßig zu Kontrolluntersuchungen gingen, waren doppelt soviel steril

wie von den Patientinnen, die noch nie oder nur ein- bis zweimal beim Frauenarzt waren. Patientinnen, die regelmäßig zur Untersuchung gingen, waren seltener schwanger als Frauen, die noch nie oder nur ein- bis zweimal dort waren. Bei Frauen, die sich regelmäßig gynäkologisch untersuchen ließen, kamen Fehlgeburten seltener (65.2%), bei den anderen Patientinnen häufiger (73.6%) vor.

Hindernisse einer Kontrolluntersuchung

Bei der Untersuchung der Gründe, die die Patientinnen von einer Kontrolluntersuchung abhielten, konnten wir zwei Gruppen erstellen (Tabelle 16). Zur ersten Gruppe gehörten die Frauen, die Gleichgültigkeit, Angst vor der Gewißheit einer Krankheit, Zeitmangel oder mehrere dieser Punkte gleichzeitig angaben. Zur zweiten Gruppe zählten die Frauen, die Hemmungen als Hindernis angaben. Patientinnen mit Hemmungen waren häufiger steril (14.7%) als Frauen, die die ersteren Punkte anführten. Frauen, die der ersten Gruppe angehörten, waren seltener schwanger als die der zweiten. Patientinnen, die wegen Hemmungen nicht zum Gynäkologen gingen, waren seltener wegen einer Fehlgeburt in der Klinik als Frauen mit Zeitmangel, Gleichgültigkeit und Angst (67.5% : 76.3%).

Urlaubsgewohnheiten der letzten 5 Jahre

Tabelle 17 gibt Auskunft über die Urlaubsgewohnheiten der Patientinnen während der vergangenen 5 Jahre. Unter den Frauen, die regelmäßig Urlaub gemacht hatten, waren fast doppelt soviel steril wie unter denen, die nie, selten oder unregelmäßig

Urlaub gehabt hatten (16.2% : 8.8%). Die Patientinnen, die regelmäßig Urlaub machten, waren häufiger schwanger als andere. Frauen, die regelmäßig während der vergangenen 5 Jahre Ferien hatten, waren zu 11 Prozent weniger wegen einer Fehlgeburt in Behandlung als Frauen, die nie oder unregelmäßig Urlaub machten (65.8% : 76.6%). Das zeigt: je regelmäßiger die Patientinnen Urlaub hatten, desto häufiger waren sie während des Klinikaufenthaltes schwanger, und desto seltener lagen sie wegen eines Abortes in der Klinik.

Häufigkeit des Gottesdienstbesuches

Hierüber gibt Tabelle 18 Aufschluß. Frauen, die regelmäßig zur Kirche gingen, waren häufiger wegen Sterilität in Behandlung (18.3%) als solche, die nur selten, an hohen Feiertagen oder unregelmäßig den Gottesdienst besuchten (10.1%). Bei den schwangeren Patientinnen gab es keinen Unterschied. Fehlgeburten kamen bei solchen Patientinnen, die regelmäßig den Gottesdienst besuchten, fast zu 10 Prozent seltener vor als bei den anderen.

Man sagt oft, Männer hätten es im
Leben leichter als Frauen

Bei der Frage, wer es im Leben leichter hat, der Mann oder die Frau, oder ob es beide gleich schwer haben, (Tabelle 19), beträgt der errechnete χ^2 -Wert 8.30. Der aus der standardisierten Tabelle abgelesene χ^2 -Wert bei 4 Freiheitsgraden beträgt 9.49. χ^2 err. ist also kleiner als χ^2 -Tabelle. Die Nullhypothese besteht.

Läßt man die dritte Aussage "beide haben es gleich schwer" fort und erstellt dann die neuen Werte, so

erhält man für χ^2 err. = 7.49 und für χ^2 -Tabelle bei 2 Freiheitsgraden 5.99. Die Nullhypothese muß in diesem Falle abgelehnt werden (Tabelle 19a). Wie aus Tabelle 19a hervorgeht, war der überwiegende Teil aller Frauen der Meinung, daß es Männer im Leben leichter hätten als Frauen. Frauen, die nicht dieser Meinung waren, waren häufiger wegen Sterilität in Behandlung (19.6%) als solche, die diese Auffassung vertraten (10.5%). Schwangere Frauen, die die eine oder andere Ansicht vertraten, halten sich fast die Waage (16.2% : 17.9%). Frauen mit einer Fehlgeburt neigen mehr zu der Auffassung, daß es der Mann im Leben leichter hat als die Frau.

Kontakt zwischen Patientin und Interviewer

Tabelle 20 gibt darüber Auskunft, wie der Kontakt zwischen Patientin und Interviewer war. 72 Prozent der Patientinnen konnten vom Interviewer als abgeschlossen und entgegenkommend bezeichnet werden. Die restlichen 23 Prozent waren abweisend, zurückhaltend oder nahmen die Befragung sogar nicht ernst. Ansonsten gilt für Tabelle 20 die Nullhypothese, da der errechnete χ^2 -Wert mit 1.78 kleiner ist als der aus der Tabelle abgelesene χ^2 -Wert bei 2 Freiheitsgraden. Dieser beträgt 5.99.

E) Zusammenfassung der Ergebnisse

Seit dem 15. Juni 1966 wird an der Frauenklinik der Universität Erlangen - Nürnberg jede aufgenommene Patientin nach einem ganz genau ausgearbeiteten Fragebogen interviewt. Bis zum 30. April 1970 konnten so soziologische Daten von 4936 Patientinnen

erhoben werden. Die Antworten auf die einzelnen Fragen wurden verschlüsselt und auf Lochkarten übertragen. In der anschließenden Kontrolle konnten fehlerhaft gelochte Karten erkannt und korrigiert werden. Es sollten die sozialen Unterschiede zwischen sterilen und fruchtbaren Frauen herausgestellt werden.

Die Zusammensetzung der Klientel spiegelt die besondere Situation der Universitäts-Frauenklinik wieder. Da sich die Klientel von Klinik zu Klinik ändert, gelten die zusammengefaßten Ergebnisse nur für die Frauenklinik der Universität Erlangen uneingeschränkt.

Es zeigte sich, daß die meisten sterilen Frauen aus der Großstadt kamen. Von den Frauen aus Kleinstädten waren mehr schwanger als aus den anderen Wohngegenden. Die meisten Patientinnen waren verheiratet. Das Verhältnis der alleinstehenden sterilen und fruchtbaren Frauen zu dem der verheirateten war 1 : 6. Aborte kamen bei den alleinstehenden Frauen 10 Prozent mehr vor als bei den verheirateten Patientinnen.

Je höher die Schulbildung der Patientin war, desto größer war die Wahrscheinlichkeit, daß sie wegen Sterilität behandelt oder untersucht wurde. Bei der Betrachtung der letzten Schulausbildung des Ehemannes zeigte sich: Je höher die Schulbildung war, desto häufiger waren die Patientinnen während des Klinikaufenthaltes schwanger, und desto seltener lagen die Frauen wegen eines Abortes in der Klinik.

In der höchsten Einkommensklasse fanden wir die meisten sterilen Frauen.

Die meisten sterilen Patientinnen entstammten der Oberschicht, aber auch die wenigsten Frauen mit einer Fehlgeburt.

Die Mehrzahl der sterilen Frauen war 23 Jahre alt oder älter, als sie zum erstenmal Geschlechtsverkehr hatten.

Die wenigsten sterilen Frauen waren unter den Patientinnen zu finden, denen der Verkehr gleichgültig war.

Gynäkologische Kontrolluntersuchungen waren bei der überwiegenden Mehrzahl der sterilen Patientinnen noch nie oder nur ein- bis zweimal durchgeführt worden.

Je regelmäßiger die Frauen Urlaub hatten, desto häufiger waren sie während des Klinikaufenthaltes schwanger, und desto seltener lagen sie wegen eines Abortes in der Klinik.

Der überwiegende Teil aller Frauen war der Meinung, daß es Männer im Leben leichter hätten als Frauen. Wenn man glaubte, Männer hätten es zumindest nicht leichter als Frauen, war man häufiger wegen Sterilität in Behandlung, als wenn man gegenteiliger Meinung war.

Tabelle 1

Unabhängige Variable :
 Abhängige Variable :
 Augenblicklicher Wohnort (Größe)
 Sterile Frauen, gravide Frauen,
 Frauen mit Abort

	Dorf	Kleinstadt	Mittelstadt	Großstadt	Summe
Sterile Frauen	55 50.35 (13.2) 50.35 (44.4)	13 12.92 (12.1) 12.92 (10.5)	44 (9.4) 56.26 (35.5)	12 (32.4) 4.47 (9.7)	124 (12.1)
Gravide Frauen	68 64.97 (16.3) 64.97 (42.5)	24 (22.4) 16.67 (15.0)	62 (13.3) 72.60 (38.7)	6 (16.2) 5.76 (3.7)	160 (15.6)
Frauen m. Abort	294 301.69 (70.5) 301.69 (39.6)	70 (65.4) 77.41 (9.4)	360 (77.3) 337.14 (48.5)	19 (51.3) 26.77 (2.6)	743 (72.3)
Summe	417 (40.6)	107 (10.4)	466 (45.4)	37 (3.6)	1027

$$\chi^2 \text{ err.} = 25.42 \quad \chi^2 \text{ Tab.} = 12.59$$

Tabelle 2

Unabhängige Variable :
Abhängige Variable :

Längster Wohnort (Größe)
Sterile Frauen, Gravide Frauen,
Frauen mit Abort

	Dorf	Kleinstadt	Mittelstadt	Großstadt	Summe
Sterile Frauen	60 57.96 (48.4)	14 18.32 (11.3)	20 30.13 (16.1)	30 17.59 (24.2)	124 (12.1)
Gravide Frauen	64 75.26 (39.8)	32 23.78 (19.9)	41 39.12 (25.5)	24 22.84 (14.9)	161 (15.6)
Frauen m. Abort	357 347.78 (48.0)	106 109.90 (14.2)	189 180.76 (25.4)	92 105.56 (12.4)	744 (72.3)
Summe	481 (46.7)	152 (14.8)	250 (24.3)	146 (14.2)	1029

$$\chi^2 \text{ err.} = 20.42$$

$$\chi^2 \text{ Tab.} = 1259$$

1
2
1

Tabelle 3

Unabhängige Variable : Familienstand
 Abhängige Variable : Sterile Frauen, gravide Frauen,
 Frauen mit Abort

	ledig, verlobt, verwitwet, geschieden	verheiratet	Summe
Sterile Frauen	17 (8.5) 24.11 (13.6)	108 (12.8) 100.89 (86.4)	125 (12.0)
Gravide Frauen	23 (11.4) 32.21 (13.8)	144 (17.1) 134.79 (86.2)	167 (16.0)
Frauen m. Abort	161 (80.1) 144.67 (21.5)	589 (70.0) 605.33 (78.5)	750 (72.0)
Summe	201 (19.3)	841 (80.7)	1.042

$$\chi^2 \text{ err.} = 8.15$$

$$\chi^2 \text{ Tab.} = 5.99$$

Tabelle 4

Unabhängige Variable : Letzte Schulausbildung
 Abhängige Variable : Sterile Frauen, gravide Frauen,
 Frauen mit Abort

	Volksschule		Volksschule- mittlere Reife		mehr als mittlere Reife- Fach- und Hochschulbildung		Summe
Sterile Frauen	71 85.34	{ (10.0) 56.8}	31 24.40	{ (15.3) 24.8}	23 15.26	{ (18.1) 18.4}	125 (12.0)
Gravide Frauen	116 114.01	{ (16.3) 69.5}	36 32.60	{ (17.7) 21.6}	15 20.39	{ (11.8) 9.0}	167 (16.1)
Frauen m. Abort	523 510.65	{ (73.7) 69.9}	136 146.00	{ (67.0) 18.2}	89 91.34	{ (70.1) 11.9}	748 (71.9)
Summe	710	(68.3)	203	(19.5)	127	(12.2)	1040

 $\chi^2 \text{ err.} = 10.97$
 $\chi^2 \text{ Tab.} = 9.49$

Tabelle 5

Unabhängige Variable :
Abhängige Variable :

Letzte Schulausbildung des Ehemannes
Sterile Frauen, gravide Frauen,
Frauen mit Abort

	Volksschule	Volksschule- mittlere Reife	mehr als mittlere Reife- Fach- und Hochschulbildung	Summe
Sterile Frauen	53 67.4 (9.7) (49.1)	12 14.02 (10.5) (11.1)	43 26.94 (19.6) (39.8)	108 (12.3)
Gravide Frauen	82 93.11 (15.0) (54.7)	21 19.48 (18.4) (14.0)	47 37.41 (21.5) (31.3)	150 (17.1)
Frauen m. Abort	410 384.85 (75.2) (66.1)	81 80.50 (71.1) (13.1)	129 154.65 (58.9) (20.8)	620 (70.6)
Summe	545 (62.1)	114 (13.0)	219 (24.9)	878

 $\chi^2 \text{ err.} = 22.61$
 $\chi^2 \text{ Tab.} = 9.49$

Tabelle 6

Unabhängige Variable:

Abhängige Variable :

Berufstätigkeit

Sterile Frauen, gravide Frauen,

Frauen mit Abort

	nicht berufstätig	berufstätig	Summe
Sterile Frauen	42 $\left\{ \begin{array}{l} 9.5 \\ 33.6 \end{array} \right\}$	83 $\left\{ \begin{array}{l} 13.9 \\ 66.4 \end{array} \right\}$	125 (12.0)
Gravide Frauen	70 $\left\{ \begin{array}{l} 15.8 \\ 41.9 \end{array} \right\}$	97. $\left\{ \begin{array}{l} 16.2 \\ 58.1 \end{array} \right\}$	167 (16.0)
Frauen m.Abort	332 $\left\{ \begin{array}{l} 74.8 \\ 44.3 \end{array} \right\}$	418 $\left\{ \begin{array}{l} 69.9 \\ 55.7 \end{array} \right\}$	750 (72.0)
Summe	444 (42.6)	598 (57.4)	1042

$$\chi^2 \text{ err.} = 5.02$$

$$\chi^2 \text{ Tab.} = 5.99$$

Tabelle 7

Unabhängige Variable: Monatliches Einkommen
 Abhängige Variable: Sterile Frauen, gravide Frauen,
 Frauen mit Abort

	bis DM 749.--	DM 750.-- bis DM 1049.--	DM 1050.-- und mehr	Summe
Sterile Frauen	40 { 9.8 } 46.11 { 37.7 }	21 { 7.3 } 32.66 { 19.8 }	45 { 18.7 } 27.23 { 42.5 }	106 { 11.3 }
Gravide Frauen	70 { 17.2 } 66.99 { 45.5 }	41 { 14.2 } 47.45 { 26.6 }	43 { 17.8 } 39.57 { 27.9 }	154 { 16.4 }
Frauen m. Abort	298 { 73.0 } 294.91 { 44.0 }	227 { 78.5 } 208.89 { 33.5 }	153 { 63.5 } 174.20 { 22.6 }	678 { 72.3 }
Summe	408 { 43.5 }	289 { 30.8 }	241 { 25.7 }	938

χ^2 err. = 22.05 χ^2 Tab. = 9.49

Tabelle 8

Unabhängige Variable:
Abhängige Variable :

Religionszugehörigkeit
Sterile Frauen, gravide Frauen,
Frauen mit Abort

	evangelisch	katholisch	Summe
Sterile Frauen	63 { 12.2 } (51.2)	60 { 11.9 } (48.8)	123 (12.0)
Gravide Frauen	84 { 16.2 } (50.9)	81 { 16.0 } (49.1)	165 (16.1)
Frauen m. Abort	371 { 71.6 } (50.4)	365 { 72.1 } (49.6)	736 (71.9)
Summe	518 (50.6)	506 (49.4)	1024

 $\chi^2 \text{ err.} = 0.04$
 $\chi^2 \text{ Tab.} = 5.99$

Tabelle 9

Unabhängige Variable:
Abhängige Variable :

Soziale Einstufung
Sterile Frauen, gravide Frauen,
Frauen mit Abort

	Unterschicht	Mittelschicht	Oberschicht	Summe
Sterile Frauen	26 { 8.0 } 36.12 { 25.2 }	35 { 9.0 } 43.36 { 34.0 }	42 { 19.9 } 23.52 { 40.8 }	103 (11.1)
Gravide Frauen	53 { 16.4 } 52.60 { 35.3 }	58 { 14.9 } 63.15 { 38.7 }	39 { 18.5 } 34.25 { 26.0 }	150 (16.2)
Frauen m. Abort	245 { 75.6 } 235.29 { 36.5 }	296 { 76.1 } 282.49 { 44.1 }	130 { 61.6 } 153.23 { 19.4 }	671 (72.6)
Summe	324 (35.1)	389 (42.1)	211 (22.8)	924
χ^2 err. = 24.61	χ^2 Tab. = 9.49			

Tabelle 10

Unabhängige Variable:
Abhängige Variable :

Alter bei der ersten Kohabitation
Sterile Frauen, gravide Frauen,
Frauen mit Abort

	unter 14 Jahre - 17 Jahre	18 - 22 Jahre	Alter als 22 Jahre	Summe
Sterile Frauen	22 33.78	68 64 { 11.8 60.2 }	23 15.22 { 16.8 20.4 }	113 (11.1)
Gravide Frauen	50 49.02	87 92.88 { 15.1 53.0 }	27 22.09 { 19.7 16.5 }	164 (16.1)
Frauen m. Abort	232 221.20	421 419.12 { 73.1 56.9 }	87 99.69 { 63.5 11.8 }	740 (72.8)
Summe	304 (29.9)	576 (56.6)	137 (13.5)	1017

$$\chi^2 \text{ err.} = 11.96 \quad \chi^2 \text{ Tab.} = 9.49$$

Tabelle 11

Unabhängige Variable:
Abhängige Variable :

Anzahl der Männer, mit denen kohabitiert
wurde
Sterile Frauen, gravide Frauen,
Frauen mit Abort

	1 Mann	2 Männer	3 Männer bis nicht gezählt	Summe
Sterile Frauen	56 {10.1} (50.9)	27 {10.5} (24.5)	27 {13.9} (24.5)	110 (10.9)
Gravide Frauen	97 {17.4} (60.2)	36 {14.0} (22.4)	28 {14.4} (17.4)	161 (16.0)
Frauen m. Abort	403 {72.5} (54.8)	194 {75.5} (26.4)	139 {71.6} (18.9)	736 (73.1)
Summe	556 (55.2)	257 (25.5)	194 (19.3)	1007

$$\chi^2 \text{ err.} = 3.95$$

$$\chi^2 \text{ Tab.} = 9.49$$

Tabelle 12

Unabhängige Variable: Empfindungen beim Geschlechtsverkehr
 Abhängige Variable : Sterile Frauen, gravide Frauen,
 Frauen mit Abort

	unangenehm	gleichgültig	angenehm	Summe
Sterile Frauen	7 7.20 { 11.1 6.6 }	6 9.49 { 7.2 5.7 }	93 89.31 { 11.9 87.7 }	106 (11.4)
Gravide Frauen	2 9.51 { 3.2 1.4 }	15 12.54 { 18.1 10.7 }	123 117.95 { 15.7 87.9 }	140 (15.1)
Frauen m. Abort	54 46.28 { 85.7 7.9 }	62 60.97 { 74.7 9.1 }	565 573.74 { 72.3 83.0 }	681 (73.5)
Summe	63 (6.8)	83 (9.0)	781 (84.3)	927

$$\chi^2 \text{ err.} = 9.52 \qquad \chi^2 \text{ Tab.} = 9.49$$

Tabelle 13

Unabhängige Variable:
Abhängige Variable :

Besitz eines Gesundheitslexikons
Sterile Frauen, gravide Frauen,
Frauen mit Abort

	nein	ja	Summe
Sterile Frauen	58 {11.8} (46.4)	67 {12.3} (53.6)	125 (12.1)
Gravide Frauen	81 {16.5} (48.8)	85 {15.7} (51.2)	166 (16.0)
Frauen m. Abort	353 {71.7} (47.4)	391 {72.0} (52.6)	744 (71.9)
Summe	492 (47.5)	543 (52.5)	1035

$$\chi^2 \text{ err.} = 0.17$$

$$\chi^2 \text{ Tab.} = 5.99$$

Tabelle 14

Unabhängige Variable: Bevorzugter Gynäkologe
 Abhängige Variable: Sterile Frauen, gravide Frauen,
 Frauen mit Abort

	Frauenärztin	Frauenarzt	Summe
Sterile Frauen	35 {10.2 35.0}	65 {14.0 65.0}	100 (12.4)
Gravide Frauen	58 {16.9 45.0}	71 {15.3 55.0}	129 (16.0)
Frauen m. Abort	251 {73.0 43.4}	327 {70.6 56.6}	578 (71.6)
Summe	344 (42.6)	463 (57.4)	807

$$\chi^2 \text{ err.} = 2.82 \quad \chi^2 \text{ Tab.} = 5.99$$

Tabelle 15

Unabhängige Variable:
Abhängige Variable :

Kontrolluntersuchungen
durch einen Gynäkologen
Sterile Frauen, gravide Frauen,
Frauen mit Abort

	noch nie oder ein- bis zweimal	öfter bis regelmäßig	Summe
Sterile Frauen	84 101.16 {10.0 67.2}	41 23.84 {20.7 32.8}	125 (12.0)
Gravide Frauen	138 134.34 {16.4 83.1}	28 31.66 {14.1 16.9}	166 (16.0)
Frauen m. Abort	618 604.51 {73.6 82.7}	129 142.49 {65.2 17.3}	747 (72.0)
Summe	840 (80.9)	198 (19.1)	1038

$$\chi^2 \text{ err.} = 17.36 \quad \chi^2 \text{ Tab.} = 5.99$$

Tabelle 17

Unabhängige Variable:
Abhängige Variable :

Urlaubsgewohnheiten der letzten 5 Jahre
Sterile Frauen, gravide Frauen,
Frauen mit Abort

	nie, selten, unregelmäßig Urlaub gemacht	regelmäßig Urlaub gemacht	Summe
Sterile Frauen	51 70.03	74 54.97 {16.2 59.2}	125 (12.1)
Gravide Frauen	85 93.57 {14.6 50.9}	82 73.43 {18.0 49.1}	167 (16.1)
Frauen m. Abort	445 417.40 {76.6 59.7}	300 327.60 {65.8 40.3}	745 (71.8)
Summe	581 (56.0)	456 (44.0)	1037

$$\chi^2 \text{ err.} = 17.70$$

$$\chi^2 \text{ Tab.} = 5.99$$

Tabelle 18

Unabhängige Variable: Häufigkeit des Gottesdienstbesuches
 Abhängige Variable : Sterile Frauen, gravide Frauen,
 Frauen mit Abort

	nie oder selten, an hohen Feiertagen, unregelmäßig	regelmäßig	Summe
Sterile Frauen	80 (10.1) 95.25 (64.5)	44 (18.3) 28.75 (35.5)	124 (12.0)
Gravide Frauen	127 (16.0) 128.28 (76.0)	40 (16.7) 38.72 (24.0)	167 (16.1)
Frauen m. Abort	588 (74.0) 571.48 (79.0)	156 (65.0) 172.52 (21.0)	744 (71.9)
Summe	795 (76.8)	240 (23.2)	1035

$$\chi^2 \text{ err.} = 12.64$$

$$\chi^2 \text{ Tab.} = 5.99$$

Tabelle 19

Unabhängige Variable:
Abhängige Variable :

Man sagt oft, Männer hätten es im
Leben leichter als Frauen
Sterile Frauen, Gravide Frauen,
Frauen mit Abort

	ja, stimmt	nein, falsch	beide haben es gleich schwer	Summe
Sterile Frauen	52 {10.5} (46.0)	22 {19.6} (19.5)	39 {12.4} (34.5)	113 (12.3)
Gravide Frauen	80 {16.2} (54.8)	20 {17.9} (13.7)	46 {14.6} (31.5)	146 (15.9)
Frauen m. Abort	361 {73.2} (54.7)	70 {62.5} (10.6)	229 {72.9} (34.7)	660 (71.8)
Summe	493 (53.6)	112 (12.2)	314 (34.2)	919

$$\chi^2 \text{ err.} = 8.30$$

$$\chi^2 \text{ Tab.} = 9.49$$

Tabelle 19a

Unabhängige Variable:
Abhängige Variable :

Man sagt oft, Männer hätten es im
Leben leichter als Frauen,
Sterile Frauen, gravide Frauen
Frauen mit Abort

	ja, stimmt	nein, falsch	Summe
Sterile Frauen	52 60.30	22 13.70	74 (12.3)
Gravide Frauen	80 81.49	20 18.51	100 (16.5)
Frauen m. Abort	361 351.21	70 79.79	431 (71.2)
Summe	493	112	605

$\chi^2 \text{ err.} = 7.94$ $\chi^2 \text{ Tab.} = 5.99$

Tabelle 20

Unabhängige Variable: Abhängige Variable :	Kontakt zwischen Patientin und Interviewer		Sterile Frauen, gravide Frauen, Frauen mit Abort	
	etwas abweisend zurückhaltend gleichgültig Befragung wird nicht ernstgenommen	aufgeschlossen entgegenkommend	Summe	
Sterile Frauen	34 {11.8 (28.3)}	86 {11.6 (71.7)}	120 (11.7)	
Gravide Frauen	53 {18.4 (32.1)}	112 {15.1 (57.9)}	165 (16.0)	
Frauen m. Abort	201 {69.8 (27.0)}	544 {73.3 (73.0)}	745 (72.3)	
Summe	288 (28.0)	742 (72.0)	1030	

$$\chi^2 \text{ err.} = 1.78$$

$$\chi^2 \text{ Tab.} = 5.99$$

Literaturverzeichnis

1. Asdell, S.A. The relationship of fertility to
intelligence
Ann. Ostetr. 75, 885 - 890 (1953)
2. Bassand, M. Aspects sociologiques de la
Kellerhals, J. fécondité humaine et de la contra-
ception: quelques hypothèses sur
ce problème en Suisse
z. Präy-Med. 13, 51 - 64 (1968)
3. Freudenberg Grundriß der medizinischen Sta-
tistik
Stuttgart: Schattauer (1962)
4. Heiss, H. Die berufstätige Frau in ärzt-
licher Sicht
Urban und Schwarzenberg
Wien / Innsbruck (1960)
5. Kehrer, H. E. Wandlungen der Sozialstruktur und
ihre medizinische Bedeutung
Med. Klinik 57: 2125 (1962)
6. König, R. Handbuch der empirischen Sozial-
forschung, Bd. I
7. König, R. Gynäkologie und Geburtshilfe II
Stellung der Frau in der modernen
Gesellschaft
Entwicklung der Erwerbstätigkeit
der Frau. Berufstätigkeit und
Lebensphase der Frau

8. König, R. Probleme der Medizin-Soziologie
Tönniesmann, M. Köln. Z. Soziol., Sonderheft 3
Ullstätt. Verlag, Köln/Opladen (1958)
9. Kolářová, O. Sexual problems of sterile women
Staníček, J. Čsl. Gynec. 3145, 565 - 567, mit
eng. Zus. fass. (1966) (Tschechisch)
10. Labandibar, B. Vinculaciones de la frigidez con
Benzecry, L. la esterilidad femenina
Obstet. Gynec. lat.-amer. 17,
108 - 111, 1959
11. Lentin, A. Die Sprache der elektronischen
Rechenanlagen
Mü. Med. Wschr. Heft 31 (1964)
12. Mall-Haefeli, M. Die Auswirkungen der weiblichen
Berufsarbeit auf die Fertilität
Gynaecologia (Basel) 166, 228 -
237, (1968)
13. Nedoma, K. Sexological aspects of female
Bartak, V. sterility Part I. Sexual life in
Raboch, J. sterile marriages
Dana, R. Internat. J. Sexology 8, 142 - 146
(1955)
14. Okla, J. The psycho-neurologic factors in
the etiology of female sterility
Ginek. pol. 36, 189 - 196, mit
engl. Zus. fass. (1965) (Polnisch)

15. Pauli, H.K. Eine Medizin-Soziologische Untersuchung zur Intensivierung der Krebsvorsorge bei der Frau
Habilitationsschrift, Erlangen (1970)
16. Pauli, H.K. Dokumentation und Auswertung geburtshilflicher und gynaekologischer Daten
Archiv für Gynaekologie 205 (1967)
17. Pflanz, M. Sozialer Wandel und Krankheit
Ferdinand Enke Verlag Sttg. (1962)
18. Pschyrembel, W. Praktische Gynäkologie
Walter de Gruyter u. Co., Berlin (1968)
19. Rommer, J.J.
 Rommer, Cl.S. Sexual tones in marriages of the sterile and once sterile female
Fertil. and Steril. 9, 309 - 320, 1958
20. Sandler, B. Infertility of emotional origin
J. Obstet. Gynaec. Brit. Commonwealth 68, 809 - 815, (1961)
21. Santoro, G.C.
 Dubcovsky, J.I. Trastornos de la fertilidad y trastornos del orgasmo. Su interrelación psicológica
Obst. Ginec. lat.-amer. 16, 361 - 364, (1958)

22. Schellen, A.M.C.M. Eine Untersuchung über das Vorkommen von psychogenen und sozialen Faktoren als mögliche Ursache primärer und auch sekundärer ehelicher Sterilität bei 680 Ehepaaren
Ned. T. Verlosk. 60, 94 - 117,
mit engl. Zus.fass. (1960)
(Holländisch)
23. Scheuch, E.K. Das Interview in der Sozialforschung
Handbuch der empirischen Sozialforschung, Herausgeber R. König,
Ferdinand Enke Verlag, Sttg.
(1962)
24. Scheuch, E.K. Sozialprestige und soziale Schichtung
Daheim, H.J. Kölner Z. Soziol. Sonderheft 5
Westd. Verlag (1961)
25. de Watteville, H. Psychologic factors in the treatment of sterility
Fertility and Sterility 8,
12 - 24, (1957)
26. Weber, E. Grundriß der biologischen Statistik
Stuttgart: Fischer (1967)

Lebenslauf

Am 31. Oktober 1938 wurde ich, Wulf Uekermann, als Sohn des Fabrikdirektors Erich Uekermann und dessen Ehefrau Lotte, geborene Wollin, in Bielefeld geboren. Hier besuchte ich vom Herbst 1945 bis zum Frühjahr 1950 die Volksschule und anschließend das Staatlich-Städtische Gymnasium bis 1959 zum Abitur. Danach arbeitete ich zwei und ein halbes Jahr bei einer Bank in Bielefeld. Im Wintersemester 1961/62 begann ich in Köln mit dem Jurastudium. Zum Sommersemester 1964 wechselte ich zur Medizinischen Fakultät über und ging nach Erlangen. Hier legte ich im Sommersemester 1966 das Vorphysikum, im Wintersemester 1968/69 das Physikum und im Sommersemester 1972 das medizinische Staatsexamen ab.

Offsetdruck-Fotodruck

J. Hegl, 8520 Erlangen Hauptstr. 109, (Nähe Martin-Luther-Platz) Tel. 22990